#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни №

##### Ф.И.О: Федотов Олег Геннадиевич

Год рождения: 1965

Место жительства: Токмакский р-н, г. Токмак ул. Революционная 25-4

Место работы: ЧАО «ТКШЗ», г. Токмак , слесарь механо-зборочных работ инв Ш гр,

Находился на лечении с 25.09.18 по  08.10.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации. Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к Ш ст. Стеноз поверхностно бедренной артерии справа, передней ББА слева Ожирение I ст. (ИМТ 34кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Гипертоническая болезнь II стадии 2 степени. Гипертензивное сердце Риск 4. Травмированная кавернозная ангиома в задних правых отделах продолговатого мозга. Миопия слабой степени ОИ Хронический панкреатит с нарушением экскреторной функции эндокринной функции поджелудочной железы, ЖКБ хр. калькулёзный холецистит вне обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения,

боли в н/к, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 170/90 мм рт.ст., дискомфорт в прекардиальной области, головные боли, головокружение, общую слабость, быструю утомляемость,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2003г. Комы отрицает. С начала заболевания принимает ССП.. С 2014 в связи с декомпенсацией СД переведен на инсулинотерапию.

В наст. время принимает: Фармасулин Н /з- 20ед., п/у-20 ед.,Фармасулин НNP п/з 22 ед п/у 22- 24 ед, диаформин 1000 мг 2р/д Гликемия –8,4-10,7 ммоль/л. НвАIс – 7,1 % от 12.08.18 АИТ гипотиреоз с 2003 постонно принимает L-тироксин 126 мкг утром натощак ТТГ от 10.07 – 3,3 АТТПО – 166,9 ( 0-30) от 2016. Последнее стац. лечение в 2017г. ТИА в 1992 Повышение АД длительно. Из гипотензивных принимает индапрес 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг веч, эналаприл 10 мг веч, бисопролол 5 мг 1р/д .Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 26.09 | 172 | 5,2 | 8,2 | 12 | |  | |  | 2 | 53 | 41 | | 4 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 26.09 | 141,9 | 5,2 | 2,1 | 0,72 | 3,3 | | 4,7 | 3,3 | 62 | 12,2 | 3,0 | 1,3 | | 0,39 | 0,77 |

28.09.18 Св.Т4 - (10-25) ммоль/л; ТТГ – 3,1 (0,3-4,0) Мме/мл

01.10.18 АЧТЧ – 27,2 МНО - ,03 Тв – 15,0 ПТИ 97 фибр 3,1

26.09.18 К – 3,76 ; Nа – 138 Са++ 1,04 С1 - 104 ммоль/л

### 26.09.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк – 1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ; эпит. перех. - в п/зр

27.09.18 Суточная глюкозурия – 1,0 %; Суточная протеинурия – отр

##### 27.09.18 Микроальбуминурия –35,7 мг/сут

10.2017 Микроальбуминурия – 120 мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 26.09 | 4,2 | 7,7 | 11,5 | 12,1 |  |
| 28.09 |  |  | 7,2 | 9,8 |  |
| 29.09 | 5,9 | 8,9 | 6,3 | 7,8 |  |
| 03.10 | 5,3 | 6,0 | 10,2 | 4,7 |  |
| 04.10 |  |  |  | 8,4 |  |

01.10.18Нейрохирург: Травмированная кавернозная ангиома в задних правых отделах продолговатого мозга.

26.09.18 Окулист: VIS OD= 0,6сф – 1,0Д=0,8 OS=0,6сф – 1,0Д=1,0 ; Факосклероз.

Гл. дно: вены широкие, стенки уплотнены, сосуды извиты, аретри иумеренно сужены, с-м Салюс 1-2.. В макулярной области без особенностей Д-з: Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ. Миопия слабой степени ОИ

02.09.18ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка.

27.09.18 Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.Ш ст, стеноз поверхностных аретриий справа , ПББА слева.

03.10.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к. Стеноз ПББА справа, ПББА слева, Варикозная болезнь н/к Хронический панкреатит с нарушением экскреторной функции эндокринной функции поджелудочной железы, ЖКБ хр. калькулёзный холецистит вне обострения.

26.09.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно повышено. Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к в пределах возрастной нормы Периферическое сопротивление сосудов н/к в пределах возрастной нормы. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

26.09.18 Дупл. сканирование артерий н/к: Заключение: Эхопризнаки стеноза ПБА справа 24-28 %, ПББП слева 31-35% . Диаб. ангиопатия артерий н/к.

28.09.18 МРТ головного мозга: МРТ картина очагового поражения правой ножки мозжечка (нельзя исключить МТС) на фоне дициркуляторной энцефалопатии 1, умеренной церебральной атрофии. Для уточнения диагноза рекомендовано МРТ –исследование на высокопольном аппарате с в/в контрастированием

01.10.18 МРТ головного мозга 1,5т: Кавернозная ангиома в задних правых отделах продолговатого мозга, тромбированная. МРТ картина Значительных проявлений дискиркуляторной лейкоэнцфалопатии . Кортикаьная церебральная , церебеллярная атрофия, Немногочисленные лакунарные кисты в подкорковых ядрах.

01.10.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; с увеличением размеров печени и селезёнки, крючковидный изгиб желчного пузыря в в /3 и в области шейки, конкрементов в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы

02.10.181 Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз согласован.

25.09.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =9,5 см3; лев. д. V = 6,7 см3

Перешеек –0,6 см.

Щит. железа не увеличена, контуры ровные.. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура, крупнозернистая, с прослойками фиброза. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Фармасулин НNP, Фармасулин Н, эутирокс, амлодипин, тиоктодар, тивортин, диаформин, индапрес, бисопролол, асафен, вазилип, витаксон, нуклео ЦМФ,

Состояние больного при выписке: СД компенсирован уменьшились боли в н/к, АД 130/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Фармасулин НNP п/з-22-24 ед., п/уж -22-24 ед.,Фармасулин Н п/з 20-22 ед, п/у 18-20 ед.

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 1000 - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
4. Гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг веч, индапрес (индап) 2,5 мг утром амлодипин 10 мг утром 1р/д бисопролол 5 мг веч, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
5. Конс кардиолога по м/ж
6. Конс невропатолога по м/ж
7. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут., (мильгамма 1т.\*3р/д., витаксон 1т. \*3р/д.) 1 мес., актовегин 200 мг \*2р/д. 1 мес.
8. L-тироксин (эутирокс) 125 мкг утром натощак за 30 мин до еды. Контр ТТГ 1р в 6 мес. УЗИ щит. железы 1р. в год.
9. Рек нейрохирурга: в настоящее время оперативное лечение не показано. Контроль МРТ через 6 мес. Лечение основного заболевания.
10. Рек хирурга: сосудистая, нейропротекторная терапия, наблюдение невролога, ангиохирруга, гастроэнтеролога холецистэктомия в плановом порядке.
11. Бетасерк 16 мг по 1т 3р/д 1 мес.
12. Б/л серия. АДЛ № 1777 с 25.09.18 по 08.10.18 к труду 09.10.18

Леч. врач Соловьюк Е.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Гл. врач Черникова В.В.